

評価細目の第三者評価結果(高齢者福祉サービス)

判断水準	
「a評価」	よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
「b評価」	aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組の余地がある状態
「c評価」	b以上の取組みとなることを期待する状態

※ 最低基準を満たしていることを前提

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果	コメント
I-1-1(1) 理念・基本方針が確立・周知されている。			
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	<p>「福祉の心を社会のために＝私たちは施設を利用される方の個人の尊厳を保持し、日々充実した生活を送られるよう支援します」という基本理念を、施設パンフレット・リーフレット・法人ホームページ・職員身分証明書・広報誌(ディ便り)に明文化している。</p> <p>基本理念に基づき、単年度の基本方針を明文化している。理念の実現に向け、基本方針に当該年度の具体的な取り組みを明示している。</p> <p>毎年度初めの職員全体会議にて、併設特養施設長が昨今の福祉情勢を交えながら理念・基本方針を具体的に説明している。職員は自身の捉え方・理解について報告書を提出している。また理念・基本方針をどのように捉え・行動するかを、職員一人ひとりが年度目標として文書化し、日々の実践につなげている。理念は職員全体会議での振り返り、事業所内の掲示、身分証明書への印字を通じて、職員への周知徹底が図られている。理念・基本方針の実践状況は、各部門主任が集う会議の場で確認している。</p> <p>家族用に理念・基本方針の要点を分かりやすくとりまとめたリーフレット(福祉の心とは・・・/個人の尊厳を保持するとは・・・)を用いて契約時に説明している。また毎月発行する広報誌(ディ便り)を利用者・公民館に配布して周知を図っている。</p>

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a	<p>デイ所長会議(法人内5ヶ所のデイサービス所長が集う会議)での情報交換、老施協便りやWAM-NETの閲覧、白山市通所事業所連絡会への参加を通じて、社会福祉事業全体の動向についての把握に努めている。毎年「白山市・野々市市介護保険施設連絡会」に併設特養施設長が参加し、他施設から寄せられてた福祉業界の最新情報について情報交換している。また当会議には行政担当者も出席しており、行政への要望提出や行政からの情報を得ている。</p> <p>法人内の地域包括支援センター(2ヶ所)や併設居宅介護支援事業所との連携や事業所でのホッとカフェ・家族介護教室の開催を通じ、福祉サービスのニーズの変化について情報収集を行っている。</p>
3	② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	<p>代表者ミーティングやデイ所長会議での数値的資料(毎月の稼働率の推移、収支報告等)は全職員が閲覧出来るようになっている。所長がデイ職員会議の中で経営状況について具体的に説明し、改善すべき課題(稼働率の回復等)については職員全体で話し合い事業計画に反映している。また理事会・評議員会の場で各施設長が事業報告を行っており役員間で情報共有している。職員には毎月のアクティビティー会議を通じて各部署代表者から聞いた現状課題・問題点を伝達して周知している。</p> <p>各委員会で重点取り組み項目(5S運動等)の動画を作成し職員に周知しており、全職員で具体的な取り組みを推進している。全ての取り組みについて自然消滅しないようPDCAサイクルを適正に運用して常に改善につなげている。</p> <p>法人本部の監事(公認会計士)に経営収支を報告し、適切な指導・助言を受けている。</p>

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a	「安定した財政基盤の確立」「利用者主体の尊厳あるケアの実践」「地域社会への安心提供と施設機能の還元」「人材の確保・定着・育成と魅力ある職場作りの推進」「施設等の計画的な整備」「生産性向上 (ICT、IoTの活用)」を柱とする中・長期計画 (3ヶ年) を策定して明文化している。事業計画は「将来のあるべき姿」の実現に向けた内容となっており、数値目標・具体的な成果設定等は単年度計画に明示している。中・長期計画の進捗状況は各種会議を通じて確認し、必要に応じて毎年度見直している。
5	② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b	中・長期計画の内容を踏まえ、単年度の事業計画を策定している。単年度事業計画は当該年度の数値目標 (平均利用者、職員配置数) や具体的な成果と重点的な取り組み項目を明示した内容となっている。 今後各部門の運営計画について、項目によってはより具体的なプロセス・数値目標を設定し達成率等を評価する取り組みが望まれる。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b	上半期・下半期毎に各部門で掲げた「重点項目」の達成度・反省等の評価を行い、次半期・次年度の事業計画 (= 重点事項) を策定している。事業計画の進捗状況は毎月のアクティビティ会議を通じて確認・評価しており、職員の意見・要望をふまえて計画見直しに活かしている。事業計画の進捗・評価について半期又は四半期毎に区切りとした振り返りの仕組み作りが望まれる。 年度初めの職員全体会議で事業計画の概要・重点事項 (= 具体的な取り組み) を説明し、資料を配布して職員への周知を図っている。職員は全体会議後、理解度・捉え方を報告書として提出している。
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a	年度始めのデイ便りと一緒に、当該年度の事業計画内容 (重点事項・目標) を明示し、利用者・家族への周知を図っている。家族が集う「ホットカフェ」の場でも当該年度の重点事項・目標を具体的に説明する機会を設けている。 家族には事業計画書を配布して周知を図っている。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	コメント
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
8	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a	<p>事業計画を基に「重点項目」を設定しアクティビティー会議にて進捗状況の評価・振り返りを行い次半期・次年度の計画作成に反映させている。</p> <p>生産性向上計画書を策定しPDCAサイクルを具体化している。生産性向上については改善対策が利用者の生活の質やサービスの質の低下につながっていないかのチェックを委員会にて実施しており、利用者本位に検討して理念・基本方針と照らし合わせて改善対策の見直しを行っている。</p> <p>平成20年度から第三者評価を定期的(5年毎)に受審し、サービスの質の改善・向上を図っている。受審のない年度についても情報の公表制度や介護サービス事業所自己チェックリストを用いてサービス内容を自己点検している。</p>
9	② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b	<p>第三者評価の結果を受け、アクティビティー会議で課題の洗い出しや改善に向けての話し合いを行っている。改善点は文書化し次年度の事業計画等に反映させ職員への周知と共有化を図っている。職員全体にて課題についての改善策・改善計画を策定する仕組み作りが望まれる。</p> <p>法人内5ヶ所のデイサービスが順番に第三者評価を受審しており、デイ所長会議を通じて評価結果を共有している。自事業所で受審がない年度でも他事業所の評価結果を参考にサービスの改善に反映する等、法人全体として継続的な改善活動に取り組んでいる。</p>

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-1(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a	<p>所長の役割と責任は業務分担表に明示されている。所長は毎日のミーティングやアクティビティー会議を通じ、運営における重点項目及び自らの考えや組織として目指す方向性を職員に具体的に表明している。また「笠間デイ便り」を通じて事業所が目指す方向性を、利用者・家族にも分かりやすく表明している。</p> <p>有事における管理者としての役割・責任については緊急時体制・分掌事務分担表等に明記しており、有事不在時における権限委任についても明確にしている。</p>
11	② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a	<p>所長は毎年県デイサービスセンター協議会「センター長研修」に参加し、管理者として必要な専門的知識(法令・経営等)や技術の習得を図っている。また白山市通所サービス事業所連絡会への参加やデイ所長会議(法人内5ヶ所のデイサービス所長が集う会議)での情報交換及び法人理事長からの必要事項の指示を通じて運営上必要な関係法令の理解に取り組んでいる。</p>

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	<p>a</p> <p>所長は職員個々の得意分野やアイデアを活かし、積極的に「サービスの質の向上」(ホッとカフェの開催/機能訓練の強化/自立支援介護の勉強会等)に活かしている。併設特養の様々な委員会活動にデイ職員も参画しており、職員の意見・提案・要望を肯定的に受け止め、より意見・提案が出やすい環境を整えている。毎年、利用者・家族アンケート(無記名)を実施し、表出された意見・要望を「サービスの改善」に活かしている。</p> <p>各サービス事業者と家族が協働して取り組む「家族で治そう認知症安心塾」に利用者が参加したことによって職員全体でも意識が高まり、サービスの質の向上のために自立支援介護について今後も継続して取り組む予定である。</p>
13	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	<p>a</p> <p>所長は代表者ミーティングに参加し、財政面(利用実績・経営状況等)の把握を行っている。新規利用者の受け入れニーズへの対応のためにフロア内の畳部分を改装する等、利用者の受け入れと職員の動きやすさの工夫に取り組んでいる。</p> <p>また職員が働きやすい職場環境づくり(心身の状況や家庭の状況を考慮した人員配置等)にも積極的に取り組んでいる。</p>

Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ－２－(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
14	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている	a	<p>必要な人材を確保できるよう、法人として様々な工夫(魅力ある福祉職場認定制度の申請、実習生の育成、就職フェア・就職情報サイトの活用、外国人技能実習制度の活用、職員紹介に対する報奨金制度の導入等)に取り組んでいる。</p> <p>また職務遂行に必要な資格取得の奨励(資格手当の付与、合格時お祝い金支給)、介護福祉士合格時の待遇改善(正規職員への移行採用)に取り組んでいる。中途採用・パート・派遣職員には「介護の基本塾(毎月)」を通じて必要な知識・技術を身につけてもらっている。</p>
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a	<p>人材育成を目的として、人事考課制度を平成16年度より導入している。人事考課規程や具体的な評価基準・項目シートを整え客観性を確保している。</p> <p>人事考課表には「情意、成績、能力」の3つの考課基準を設けており、その中の「モデル行動・着眼点」項目には「施設が職員に求める期待像」を具体的に示し、職員の目標と考課者の評価基準を明確にしている。また行動評価得点に目安を設けることで考課の客観性を担保している。</p> <p>最終人事考課結果については個別面談時に詳細に説明し職員のモチベーションの維持・向上を図っている。</p> <p>年度末の所長会議にて把握した職員の動向や各施設の分析に基づき、職員の成長と期待値及び全体的な人員体制を考慮しながら人事異動について検討している。</p>

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

16	<p>① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</p>	<p>a</p>	<p>職種別の職員数・労働形態(常勤・非常勤)・勤続年数・保有資格等の管理が適切になされており適正な勤務体制が確保されている。職員の健康診断(年1回)も適切に実施されている。 委員会等の各種会議は勤務時間内に開催しており、全体会議についても動画配信によって職員は自分の都合よい時に視聴できる仕組みを整備することで時間外勤務の削減につながっている。 事務部門にて有給休暇の消化率・時間外労働のデータ等を把握・分析している。有給休暇については、時間単位での取得も可能となっている。また平成28年度から有給休暇の計画的付与制度を導入し、連休を取得し職員がリフレッシュ出来るように配慮している。職員個々の就業希望状況を踏まえ、法人全体で配置転換・異動ができる仕組みを整備している。法人として年1回のストレスチェック体制や産業医への相談体制も整えている。 法人から職員互助会に助成金を支給し、福利厚生事業(食事会・温泉旅行等)を実施している。慶弔金等支給要綱に基づき、慶弔金を支給している。保健安全衛生委員会が中心となり、メンタルヘルスケアの推進(心の健康づくり、職員間でのいい所発見運動等)に取り組んでいる。</p>
----	---	----------	---

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	<p>a</p> <p>組織が職員に求める基本的姿勢や人材育成の考え方を中期計画や基本方針に明示している。また人事考課表に職員に求める期待像(モデル行動)を具体的に示している。人事考課表には具体的・客観的な効果基準を明示している。年度初めに職員と考課者で業務・啓発目標設定の面接を実施しており、必要性に応じて中間面接も実施している。年度末には職員は「自己評価ワークシート」、考課者は「育成面接準備シート」を準備して面接を実施している。チームケアを担う中途採用・パート・派遣職員には「介護の基本塾」の中で必要な知識・スキルを身につけてもらっている。</p>
18	② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	<p>a</p> <p>質の高い介護サービスを提供出来るよう、施設内研修の充実を図っている。委員会が中心となり年間計画・多様なテーマに基づいて施設内研修(毎月:全職員対象)を実施している。研修は委員会が動画を作成して、サーバー内にアップすることで職員は自分の都合の良い時に視聴し、理解度・捉え方を報告書として提出する仕組みを構築しており、研修への参加率の向上と理解度の促進につながっている。人材育成・職員の資質向上に向けて、人事考課(キャリア・目標面接等)踏まえて職員個別の研修計画を作成し、外部研修(専門、階層別、全国大会等)を受講させている。</p>
19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	<p>a</p> <p>施設内研修終了後には報告書・外部研修終了後には復命書を提出することで研修内容への理解度を確認している。動画配信による研修に移行したことによって全職員が参加することが可能となっている。動画視聴後の報告書の中に、今研修内容についての理解度や意見、要望等についてのアンケートを組み込むことことで、次回以降の研修・カリキュラムの見直しに活かしている。外部研修受講後、必要時は全体会議の場で他職員にも内容を伝達している。復命書は介護部長が内容を評価(コメント・助言を添付)し、モチベーションのアップにつなげている。また復命書は、職員が自由に閲覧できるようになっている。</p>

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	<p>a</p> <p>「実習生受け入れマニュアル」に基本姿勢・手順等を明示し、実習生を積極的に受け入れている。受け入れ時は実習生に事前にオリエンテーションを行って留意事項等を説明しており、実習生からは目標・課題を聞き実習プログラムに反映させている。実習期間中においても実習担当者と実習生、学校側の先生と話し合う機会を設け(中間反省会・最終反省会等)、課題を明確にしながら取り組んでいる。実習担当者は実習指導者講習会を受講し、指導者として必要なスキルを身につけている。 次世代の介護を担う人材を育成する為、デイサービスでの実習(介護福祉士養成校、初任者研修受講生、中学生わくWORK体験等)を積極的に受け入れている。</p>

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
21	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b	<p>法人ホームページにて理念・財務諸表を公開している。また毎年度の決算報告書は法人各事業所にて誰でも閲覧できるように備え付けている。 第三者評価結果についても石川県のホームページにて公開されている。 苦情・相談内容と改善策については施設玄関の掲示板に掲示している。今後は法人ホームページでの公開が望まれる。 毎月発行する広報誌「ディ便り」は公民館(2か所)や居宅介護支援事業所等に配布している。</p>
22	② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b	<p>事業運営の透明性を確保するために、理念及び財務諸表を法人ホームページにて公開している。また毎年度の決算報告書は法人各事業所にて誰でも閲覧できるように備え付けている。 必要に応じて外部の専門家(社会保険労務士・税理士)の助言を得ている。第三者評価結果についても石川県のホームページにて公開されている。</p>

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
23	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a	基本方針に「地域との共生」を明示しており、事業計画中に社会貢献運動・地域交流の具体策を明示している。 コロナ禍において活動自粛を余儀なくされているが、計画では地域行事(祭礼、イベント等)への参加や併設特養施設との合同行事(納涼盆踊り大会、ホッとカフェ、介護教室等)への招待、子ども(保育園児・小学生・中学生等)とのふれあい、多様な住民ボランティアの受け入れ、実習生の受け入れ等を通じて積極的に交流する機会を設けている。施設全体への理解を深めてもらう交流企画(＝松美苑まつり)は、多くの地域住民の参加・協力を得ての恒例行事となっている。地域における社会資源の情報を収集し、夢プロジェクトのアンケート結果を確認し、希望された利用者には事業所外活動の一環として、地域でショッピングする機会を設けている。
24	② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a	ボランティア受け入れに関するマニュアルにおいて基本姿勢を明文化している。受け入れに際してはボランティア名簿・活動記録(個人・団体)を整備しており、多様な住民ボランティア(傾聴、書道、茶道、民謡、音楽療法等)を受け入れている。ボランティア前には予め注意事項(守秘義務等)を説明する機会を設けている。ボランティアの力を有効活用出来るよう、福祉施設ボランティア担当者学習会やボランティアコーディネーター学習会に参加している。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a 地域の社会資源一覧表(行政機関、医療機関、福祉施設、公民館、警察・消防、保健センター等)やボランティア団体名簿を整備している。利用者に正しい情報が提供出来るよう、地域の社会資源について(利用者をサポートする新たな制度・施設等)新規情報については職員会議・回覧で情報共有している。 各居宅介護支援事業所や地域包括支援センターと日常的に連携しており、また白山市通所サービス事業所連絡会や介護相談員連絡会への参加を通じて、意見交換やネットワークづくりを行っている。また介護相談員が毎月事業所に来訪しており、サービスの質の向上や改善について意見交換している。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a 地域の関係機関(行政・高齢者支援センター・居宅介護支援事業所・社会福祉協議会・介護相談員等)との連携によって、地域の福祉ニーズの把握に取り組んでいる。 「施設機能の還元」を中・長期計画に明示し、事業所が有する専門的知識・技術を積極的に地域社会に還元(家族介護教室やホッとカフェの開催、おむつの当て方出張講習等)している。コロナ禍において地域への上記活動を自粛しているが、例年は地域祭りへの参加・地域クリーン作戦にも協力している。
27	② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a 情報収集した福祉ニーズを中・長期計画や事業計画にも明示し、具体的な事業活動を実践(利用者満足の向上＝夢プロジェクト／機能訓練の充実＝理学療法士の配置／家族が気軽に悩みを相談したり、愚痴をこぼせる場の提供＝ホッとカフェの開催、楽ちん介護講習等)している。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-1-1 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	b	<p>利用者の尊厳や人権の尊重を重視したサービス提供について理念・基本方針・各介護マニュアルの中に明文化している。毎年度初めの施設内研修や年度末の「人権擁護」勉強会(Web講座)を通じて職員への周知徹底を図っている。</p> <p>施設全体で推進している自立支援介護の取り組みは、利用者の「尊厳」を礎としている。身体拘束廃止委員会(毎月)で、身体拘束・虐待の芽となる不適切ケア(何気ない言葉・グレーゾーン等)について事例検討している。</p> <p>「身体拘束・不適切ケア・高齢者虐待」をテーマとするケアチェック表の活用と、その表についての職員による自己チェック実施を通じて表出された課題について意識の向上や共有を図ることが望まれる。</p>
29	② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	<p>「プライバシー保護マニュアル」を整備し、アクティビティー会議の中での周知(読み合わせ)や全体会議での動画視聴を通じて職員への意識付けを図っている。</p> <p>羞恥心を伴う場面での介助については十分に配慮(トイレのお誘いは他者に悟られないようにする、同性介助の希望に応じる、介助する際は必ず一声かけて同意を得る等)している。またハード面(トイレのカーテン・アコーディオンカーテンで間仕切り等)においても整備している。</p> <p>認知症の改善に繋がるよう、自立支援介護ブックレット(認知症)に基づいて論理的なケア(基本ケア=水分・運動・排泄・食事の充実、タイプ別の適切な対応等)に取り組んでおり、認知症援助委員会の中で評価を実施している。自立支援介護に基づく認知症ケアが理解できているかを確認するためにケアチェックを実施している。</p>

Ⅲ－１－(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。		
30	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a 利用者・家族が知りたい情報(事業内容、笠間デイサービスの一日、利用料金、笠間デイだより等)を法人のホームページで提供している。理念・具体的なサービス内容(写真添付)を紹介したパンフレットやお試し体験のチラシを地域の公民館に配布している。問い合わせ・見学には随時対応しており、一日無料体験サービスも実施している。
31	② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a サービス開始前には通所介護契約書・重要事項説明書の内容について、利用者・家族に分かりやすく説明(時間をかけて、ゆっくり丁寧に)している。利用者・家族が見やすいよう、契約書・重要事項説明書は文字が大きめ印字されている。具体的なサービス内容を写真付きで紹介しており、パンフレットや笠間デイ便りも活用している。サービスの変更時は利用者とは直接面談、家族とは送迎時の面談または電話+連絡帳にてわかりやすく説明している。
32	③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b サービス終了時の手順・引継ぎ文書を整備している。サービス終了後の相談窓口(=所長)を定め、家族にはいつでも相談出来る旨を口頭で伝えている。他事業所への移行時は担当ケアマネジャー等と連携を図り、必要な情報(ケース記録、通所介護計画書等)を提供している。 今後、他の事業所等への移行についての必要な情報のやり取りや連携も含めた手順書の整備が望まれる。
Ⅲ－１－(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a 中・長期計画に利用者満足の向上を目指す姿勢を明示している。利用者との日常会話、送迎時の家族との会話、家族が参加するホッとカフェや介護教室での意見交換を通じて、利用者・家族の満足度を意見収集している。また毎年利用者家族アンケート(年1回)を継続的に実施しており、家族の意見をサービスの改善・向上に活かしている。職員は会議の場でアンケート結果(前回指摘事項が改善されているか等)を振り返る機会を設けており、分析・評価のうえ改善策を検討している。集計結果・改善策や意見・要望への回答は全家族にフィードバック(文書を配布)しており、アンケートへの記名の家族にはそれぞれの要望に対してより詳細な回答を別途行っている。

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

<p>34</p>	<p>① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p>	<p>a</p>	<p>重要事項説明書に複数の苦情受付相談窓口(施設内・外部機関・第三者委員)を明示しており、苦情解決の仕組みを画面で掲示している。利用開始前説明時は別途に苦情解決の仕組み(フローチャート図)を記したチラシを渡して説明している。苦情相談の受付担当者・責任者・第三者委員を明示したポスターを施設玄関に掲示し、利用者・家族への周知を図っている。苦情対応マニュアルを整え、苦情相談等があれば内容を調査・分析し、処理経過・改善結果を申し出者に説明している。またサービスの質・信頼性の向上を図る為、苦情相談内容・改善結果を施設玄関入口・ディ便りに公表している。</p>
<p>35</p>	<p>② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。</p>	<p>a</p>	<p>重要事項説明書に相談窓口(所長／生活相談員)を明示している。相談窓口を明示したポスターを施設内に掲示している。利用者・家族が相談しやすいよう、面接室を設けている。所長は家族の希望に応じ、外部の喫茶店等でも相談に応じている。送迎時の面会・電話・連絡帳によって職員から家族に近況を詳しく伝え、意見・相談を引き出すように取り組んでいる。利用者・家族アンケートも継続的に実施している。</p>
<p>36</p>	<p>③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。</p>	<p>b</p>	<p>「意見・相談」と「苦情」は別物であると捉え、利用者・家族の心情を考慮し、不快・不満な様子があれば苦情として、不満はないが「もっと〇〇してほしい、〇〇はどうなっているのか?」という内容に関しては意見・相談として対応している。 意見・相談を受けた場合は申し送りノート・PCの生活日誌(特記事項欄)に記録し、職員間で情報共有を図っている。意見・相談に即応できない場合は「どのような方法でいつまでに・どのようにして伝えるのか」までを検討し、職員間で申し送りしている。今後は利用者からの相談・意見等に対する「対応マニュアル」の作成が望まれる。</p>

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

<p>37</p>	<p>① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の安全・安心確保を施設の重要課題として捉えており、各委員会活動(介護事故防止、感染対策、防災、保健安全衛生等)を中心に、リスクマネジメントの体制を構築している。リスクマネジメント責任者(生活相談員)を配置して事故防止委員会の中で研修内容・急変時マニュアルと対応フローチャートを見直し・刷新してより見やすくしたものを全職員に周知している。送迎については自動車事故対応マニュアルを整備している。</p> <p>ひやりはっと・事故事例が生じた場合は対応策・再発防止策を講じて職員に報告書のコピーを回覧している。介護事故防止委員会(毎月)で報告書を集計・分析し、事例検討や再発防止策の妥当性の検証を行っている。事故防止に関する研修については毎年実施している。</p> <p>「看護師不在時の容態急変に対する手順」を整え、職員が目につく場所への掲示や施設内研修を通じて対応を周知している。救急隊との適切・迅速な連携のために予め情報シート(疾病者情報記録票)を整備している。また急変時対応に備えて全職員が救急救命講習Ⅱを定期的(3年毎)に受講している。利用者連絡先一覧は毎月更新し備え付けている。</p>
<p>38</p>	<p>② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>感染対策委員会を中心にマニュアルの作成及び見直しと発生時の連絡報告体制を整備している。感染症認定看護師による職員研修(標準予防策、事例検討等)を実施し、職員に対応を周知している。特に嘔吐処理手順については全職員が実技訓練を通じて適切な対応を身につけている。</p> <p>施設内においては看護協会支援事業による施設内の巡回指導の下、3段階の各フェーズを想定した準備(各所消毒液の設置、施設玄関や各フロア内の立ち入り制限ライン等)されている。職員自身が風邪やインフルエンザを持ち込まないよう、年間を通じて毎日、出勤時に体温測定を行っている。</p>

<p>39</p>	<p>③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。</p>	<p>a</p>	<p>防災委員会を中心に災害対策(防災マニュアル・ハザードマップの整備と見直し、防災教育・訓練、点検パトロール等)を講じている。災害発生時の組織体系を制定しており迅速に対応できる体制を構築している(責任者不在時の代理人選定含む)。職員の安否確認はLINE及び災害用伝言サービスを利用している。</p> <p>防災管理年間計画に基づき年2回の消防署立会いの併設特養施設合同での火災避難訓練(日中想定)実施している。また年4回の部分訓練通報訓練(地域団体含む)・LINEによる職員連携確認を通じて職員への意識付け・対応強化を図っている。地震については机上訓練・県民一斉防災訓練への参加を通じて職員に対応を周知している。地域の自衛消防団・分団と防災協定書を締結＝支援体制を確保しており年1回は施設内を見学・確認してもらい連携を図っている。利用者の薬剤情報・防火設備・防災グッズ・備蓄品(非常食等)・自家発電装置等を整備・確保しており、必要な管理・点検を行っている。非常食については、賞味期限が近付くと「災害時メニュー」として、利用者に説明し実際に食してもらっている。</p> <p>利用者の在宅時における災害発生時の安否確認方法の策定に期待する。</p>
-----------	---	----------	--

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
40	① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b	標準的なサービス実施方法は「介護マニュアル」として文書化されている。各介護マニュアルの中に、利用者尊重・プライバシー保護の姿勢が明示されている。利用者個別の注意事項は職員が確認しやすいように一覧表にまとめている。注意事項の更新があれば、ミーティング・申し送りを通じて情報共有を図っている。新入職員については「業務技術確認表」を用い、マニュアルに沿ってサービスが提供出来ているかを定期的(1ヶ月/3ヶ月/6ヶ月毎)に指導者が確認する仕組みの整備を進めていく予定である。新人職員については受け持ちの相談役の職員を決めていつでも相談できる仕組みを取っている。自立支援介護の考え方についてはブックレットを配布し、いつでも職員が活用できるようにすることで周知している。 今後、現任者についてもマニュアルに沿ってサービスが提供出来ているかを定期的に振り返る仕組みの作成が望まれる。
41	② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a	各マニュアルはアクティビティー会議や委員会活動の中で、毎年度始めに点検・見直しを行っている。マニュアルの内容と実態にズレが生じた場合は、随時に追記・変更を行っている。また利用者個別の注意事項を職員全体で情報共有し、変更点があれば一覧表を修正(分かりやすいよう赤字で明示)し、朝夕のミーティングを通じて職員に周知している。 介護力向上委員会(月1回)の中で、日々の自立支援介護の方法等を見直す機会を設けている。

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	<p>a</p> <p>「通所介護計画書」作成マニュアルにアセスメントの手順・見直しの時期を定めている。新規利用時は居宅ケアマネジャーからの情報を基に、デイ独自のアセスメント表を用い、情報収集を行っている。必要な情報が得られるよう、事前に利用者宅に訪問し生活状況等を確認したり、家族の要望等も聴いている。新規利用時は所長がアセスメントを行い、利用後の再アセスメントは担当職員が担っている。アセスメントを通じて、利用者・家族の「思い・要望」を引き出し、通所介護計画や小さな夢を叶える支援(夢プロジェクト)に繋げている。</p> <p>居宅サービス計画に基づき、利用者・家族の希望も踏まえながら、通所介護計画書や個別機能訓練計画書を作成・交付している。サービス提供実施記録(チェック式)や毎月のモニタリング記録を通じ、通所介護計画に基づき適切なサービスを実施しているかを確認している。</p>
43	② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	<p>a</p> <p>「通所介護計画書の流れ」に計画の見直しを行う時期・手順等を定めている。毎月、(介護予防)通所介護計画に関するモニタリングを実施し、担当ケアマネジャーに文書で報告している。利用者の状態や「思い」に変化がある場合(例:個別機能訓練に自分も取り組みたい等)は、担当ケアマネジャーと連携を図り、必要に応じてサービス担当者会議を開催している。通所介護計画書は、本人の「出来る事の継続」や「思い」を叶える視点を重視して作成している。</p>

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

<p>44</p>	<p>① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。</p>	<p>a</p>	<p>通所介護計画に基づくサービスの実施については、記録する職員によって差異が生じないように、サービス提供実施記録(チェック式)を用いている。特記事項については、パソコンを用いて個人のケース記録としてまとめ、毎月のモニタリングに活かしている。 毎日の朝・タミーティングで利用者の情報を共有している。当日休みの職員にも情報伝達が適切になされるように、申し送りノートを活用(確認後はサインをする)している。職員全体会議(併設特養と合同)の他、アクティビティー会議(毎月:サービス内容全般について合意形成を図る場)を設けている。</p>
<p>45</p>	<p>② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	<p>a</p>	<p>分掌事務表に記録の管理責任者(=所長)を明示している。管理規程に記録の保管・保存・破棄に関する事項を定めている。法人全体で個人情報の保護と情報開示に関する規程を整備している。個人情報に関する基本規程は、法人ホームページで公開する他、施設内にも掲示している。プライバシーの保護・守秘義務に関する内部研修を毎年繰り返し行い、職員への周知徹底を図っている。利用者・家族には契約時に個人情報の利用目的(文書)を説明・配布し、同意書を交わしている。またその際に広報誌等への顔写真掲載についての可否も確認している。</p>